

# Maailmapanga ekspert: esmatasandi ennetustegevus ei vasta nõuetele ning täiendav eriarsti külastamine tulemust ei paranda

Vaid 2% südamehaigetest patsientidest jõuab haiglast koju kõigi väljakirjutatud ja vajalike ravimitega ning vaid 10%-le kõrgvererõhktõvega patsientidest tehakse kõik ravijuhendis soovitatud testid, toob Maailmapanga Grupi ekspert dr Christoph Kurowski intervjuus Med24 toimetajale Eli Lillesele välja raporti „Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“ kõige üllatuslikumad ja ehmatavamad tulemused.

## Rääkige pisut lähemalt Maailmapanga Grupi korraldatud uuringust. Mis teeb selle eriliseks?

Vananemise ja krooniliste haiguste arvu suurenemisega kaasnevad uued väljakutsed: esiteks on krooniliste haiguste ravi keerukas ning nõuab tugevat koostööd esmatasandi ja eriarstide vahel, kasutatakse üha rohkem erinevate tervishoiuasutuste teenuseid ja süsteemi on vaja tõhusamalt koordineerida. Teiseks muutuvad oluliseks ka sotsiaalhoolekanne, õendusabi ja taastusravi. Pidades silmas vanemaealiste arvu kasvu, on tulevikus oluline, et Eesti tervishoiusüsteem oleks integreeritud, hästi koordineeritud ja patsiendikeskne.

Uuringus keskendusime terviklikule patsiendikäsitlusele ning otsisime vastuseid peamiselt kahele küsimusele: kas ravi teostatakse õiges kohas ehk kas patsient saab teenuse õigel tervishoiusüsteemi tasemel ning kas süsteem on järjepidev – kui efektiivselt toimub ravi koordineerimine kõigil tasanditel.

Uuringu tulemused on olulised, sest näitavad ilmekalt info rolli tervishoiusüsteemis. Väga vähesed riigid saavad endale sellist analüüsi üldse lubada, kuna kindlustus- ja maksusüsteemis lihtsalt puudub vajalik info. Olen väga tänulik, et saime loa ühendada haldusinfo Eesti statistikaameti andmetega. Tegu on unikaalse uuringuga nii Eesti kui ka rahvusvahelises kontekstis, kuna esimest korda on hinnatud standarditud näitajate abil integreeritud ravi



**Dr Christoph Kurowski**

Foto: Julia-Maria Linna

põhimõtete järgimist patsiendi käsitluses tervishoiusüsteemi sees riigi tasemel. Ainsa kitsaskohana peab mainima, et jätsime välja sotsiaalhoolekande, kuna seda kaasates oleks projekt olnud liiga mahukas. Keskendusime seekord kliinilisele osale.

Maailmapank pole varem nii süvitsi kaevuvat analüüsi teinud, see oli meile esmakordne ja väga hea kogemus. Juba praegu ootab mitu riiki, et analüüsiksime

sarnaselt ka nende tervishoiusüsteemi. Praegu on uuringud käimas lisaks Lätile ka näiteks Hiina provintides ja mõningates Brasiilia osariikides.

## **Millised olid uuringu põhjal olulised puudujäägid Eesti tervishoius?**

Eelkõige uurisime, kas patsient saab teenuse õigel tervishoiusüsteemi tasemel. Analüüsis hinnati välditavate hospitaliseerimiste mahtu ja välditavate eriarstiviiside osakaalu. Lähtusime rahvusvahelistest standarditest ja hindasime OECD protokollil alusel terviseindikaatoreid. Indikaatorhaigusteks valiti astma, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK), diabeet, südamepuudulikkus ja kõrgvererõhktõbi. Uuringust selgus, et suur osa hospitaliseerimistest on välditavad ning neid juhtumeid saaks paremini käsitleda ambulatoorselt.

Lisaks keskendusime eriarstiviisidele, hinnates välditavate eriarstiviiside osakaalu hüpertensiooni ja diabeediga seotud diagnooside puhul. Arendasime välja vastava protokollil ning kasutasime diagnoosidel põhinevat jaotust, eristades tüsistunud ja mittetüsistunud haigusjuhud. Taas kord avastasime, et suur osa eriarstiviisidest on välditavad ning nende patsientidega peaks tegelema hoopis perearst. Tugev esmasand hoiaks ära paljud hospitaliseerimised.

Uuringus hinnati ka perearsti, eriarsti ja haigla koostööd. Selleks analüüsiti operatsioonieelsete uuringute tegemist, ravimite määramist pärast haiglaravi ja järelravi. Toon siin lihtsa näite: 65aastasele patsiendile tehakse enne kataraktilõikust vereproov, kuid tegu on lihtsa lõikusega ning operatsiooni eel pole vereanalüüs vajalik. Tuli välja, et 30% operatsioonieelsetest uuringutest on täiesti tarbetud. See tulemus polnud üllatav, kuid sama ei saa nentida haigla järgse ravi hindamise tulemuste kohta.

Vaatlesime analüüsis ebastabiilse stenokardia, ägeda südamelihaseinfarkti ja südamepuudulikkusega patsiente. Rahvusvahelistes ravijuhendites on südamehaigetele ette nähtud kolm retseptiravimit: beetablokaatorid, AKE inhibiitorid ja statiinid. Vaid 2% patsientidest jõudis koju kõigi väljakirjutatud ja vajalike ravimitega. Puudujäägi võis 30–90 päeva jooksul parandada perearst või eriarst, kuid üsna tõsiseltvõetav hulk raske seisundiga patsiente ei saa ühtegi

ravimit! Keegi ei uskunud, et nende inimeste protsent nii suur on. Lisaks tuleb mainida, et ainult 50% raskete haigusseisunditega patsientidest käis 30–90 päeva jooksul pere- või eriarsti juures järelvisiidil. Siin on tegemist selge puudujäägiga perearsti ja haigla omavahelises suhtluses. Pärast haiglaravi ei ole tervishoiusüsteemis selgeid reegleid, kuidas toimub patsiendi järelravi, ning ennetustöö jääb tegemata.

Kolmandaks vaatlesime perearsti rolli Eesti tervishoiusüsteemis. Uuringust selgus, et perearsti külastavad rohkem krooniliste haigusseisunditega patsiendid. Ligi 60% viisidest toimub perearsti ja ülejäänud eriarsti juurde. Analüüsisime ka esmasandil perearstide tehtavat ennetustööd, lähtudes Eestis kehtestatud ravijuhenditest. Tulemused olid jahmatavad: 70%-le patsientidest tehakse mõned soovitatavad uuringud, kuid vaid 10%-le kõrgvererõhktõvega patsientidest tehakse kõik ravijuhendis soovitatud testid. Seega ei kontrollita 90%-l patsientidest, kas aasta jooksul on nende haigusseisund ägenenud või mitte. Esmatasandil tehtav ennetustegevus ei vasta krooniliste haigete puhul riiklikult kehtestatud nõuetele.

## **Kuidas Eesti võrdluses teiste riikidega paistab?**

Rahvusvahelises võrdluses olete kindlasti tipus – teil on madalad kulud ja head tulemused. Eraldades tervishoiuvaldkonnale vaid 6% sisemajanduse koguproduktist, olete üks kokkuhoidlikumaid Euroopa Liidu liikmesriike. Hoolimata madalatest kuludest on Eesti tervisenäitajad Euroopa riikide seas keskmisel tasemel. Eestil on efektiivne tervishoiusüsteem – on olemas fantastiline stardiplatvorm. Olgugi et mitmed analüüsist selgunud tulemused on murettekitavad, on see pigem statistiline müra, mis tuleneb riigi väiksest rahvaarvust.

Maailmapanga vaatevinklist lähtudes on Eesti tervishoiusüsteemi ülesehitus lausa kuldse standardi vääriiline. Teil on hea tasakaal tervishoiuteenuse eest tasujate ja tervishoiuteenuse osutajate vahel. Vaatlesime väga spetsiifilisi elemente kogu süsteemist, kuid leitud probleemidega seisavad praegu silmitsi ka mitmed teised arenenud riigid. Seejuures on riiklikul tasemel ellu viidud üsna vähe muudatusi ja probleemide kõrvaldamiseks loodud mudelid on alles algusjärgus, kuid siiski paljutootavad.

Märkasime, et kõigepealt alustatakse esmatasandi tugevdamisega ning seejärel liigutakse edasi integreerimisega. Tulevikus peaks esmatasandi arstiabi olema multidistsiplinaarne: perearstikeskuses võiks esindatud olla nii perearstid, õed, füsioterapeudid kui ka toitumisinõustajad. Kui sellised keskused on loodud, peaks edasi liikuma esmatasandi ja sotsiaalhoolekande integreerimiseni.

Ma ei väida, et esmatasandil tehtu on halb, kuid praegu on oluline jõuda järgmisele tasemele.

### **Kuidas peaksime ees seisvate väljakutsetega tegelema? Teistes riikides on tehtud sarnaseid projekte, aga päris eeskujuks võtta ei saa me kedagi?**

Häid näiteid on piisavalt, kuid mitte nii väikese riigi jaoks. Lõuna-Saksamaa instituut testitakse üht integreeritud hoolduse mudelit 35 000 isikuga populatsioonil – midagi sarnast võiks ka siin töötada. Ka Ameerika Ühendriikide tervishoiuteenuste reformi Obamacare raames on tekkinud mitmeid toimivaid lahendusi, samuti väärrib mainimist Ühendkuningriigi esmatasandi ja sotsiaalhoolekande integreeritud mudel ning pead tõstavad ka mõned usaldusväärsed mudelid Hispaanias.

Kuna Eestis on olemas hea tervishoiusüsteem, siis ei tasu seda maatasu teha, vaid pigem katsetada ja muudatusi järkjärgult ellu viia. Pole olemas mudelit, mis töötaks kõikjal. Samuti ei pruugi üks mudel töötada kogu riigis, kuna esineb erinevusi maa- ja linnapiirkondade ning erinevate elatustasemega piirkondade vahel. Oma tervishoiusüsteemi mudelid on tärganud Ungaris, Austrias ja Taanis. Maailmapanga roll ongi kõiki neid kogemusi analüüsida, korrastada ja saadud infot kasutada.

### **Maailmapanga Grupi analüüs on väga kriitiline. Milliseid positiivseid aspekte uuringust välja tooksite?**

Eesti tervishoiusüsteemis on kehtiv solidaarsusprintsip. Kui inimesed on tervise-süsteemi kaasatud, siis näeme, et diskrimineerimist erinevate rahvastikurühmade puhul ei teki. Uurisime tulemusi eri rahvastikurühmades, kaasa arvatud erineva sissetulekuga patsientide rühmad, maa- vs. linnapiirkondade patsiendid ja venekeelsete piirkondade patsiendid.

Inimeste seas, kes kulutasid tervishoiuteenustele vähem raha, esines ka vähem välditavaid eriarstivisiite. Seega võib öelda, et rikkamad võivad sagedasema ravi saamiseks rohkem maksta, kuid see pole ilmtingimata vajalik arstiabi. Oletasime, et maapiirkondade tulemused erinevad suuremate linnade omadest, sest patsientidel on piiratud ligipääs eriarsti vastuvõtule pääsemisel, kuid tulemustest selgus, et erinevus on minimaalne.

Lisaks keskendusime eraldi Ida-Virumaa rahvastikurühma näitajatele. Oletasime, et piirkonnas, kuhu on koondunud suur hulk vene keelt kõnelevaid inimesi, on ka tervisenäitajad viletsamad või teenuseosutamine piiratud. Tulemustest selgus aga, et selle regiooni näitajad ei erine ülejäänud piirkondade ega riigi üldistest näitajatest. See on hea uudis ja kinnitab, et tervishoiuplatvorm on küllaltki õiglane ning diskrimineerimist etnilise päritolu, soo või sissetuleku põhjal ei esine.

### **Mis analüüsi tulemustest edasi saab?**

Meil on haigekassaga kokku lepitud, et alustame oma töö teise etapiga. Nimelt vaatame lähemalt mõningaid lahendusi ja arutame, milliseid vahendeid on vaja reformide elluviimiseks. See on meie järgmine samm, kuid tegemist pikaajalise protsessiga.